

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° 105

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A.-G. LAFAIX

Externe des Hôpitaux de Paris

Le Signe de l'Hyperesthésie de la région thyroïdienne

Président de thèse : M. le Professeur SERGENT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

105

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

701



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A.-G. LAFAIX

Externe des Hôpitaux de Paris

Le Signe de l'Hyperesthésie de la région thyroïdienne

Président de thèse : M. le Professeur SERGENT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique

MM.
NICOLAS.
GUNÉO.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Mancel LABBÉ.
N...
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOIN.
BLANCHETIÈRE
BRANCA.
CAMUS.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CHIRAY.
CLERC.
DEBRÉ.

DESMAREST.
DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ (H.).
LAINÉL-LAVASTINE.
LANGLOIS.

LARDENNOIS.
LE LORIER.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LÉREBOULLET.
LERI.
LEVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON.
OKINCZYC.
PHILIBERT.

RATHERY.
RETTERRER.
RIBIERRE.
ROUSSY.
ROUVIERE.
SCHWARTZ.
STRROHL.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT,
Professeur de Clinique médicale propédeutique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

En reconnaissance de l'honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de
cette thèse.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR LIAN,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Hommage de profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stage :

Monsieur le Professeur HARTMANN.

Monsieur le Professeur agrégé CASTAIGNE.

Monsieur le Docteur TALAMON.

Externat :

Monsieur le Docteur DARIER.

Monsieur le Docteur CATHALA.

Monsieur le Docteur ARROU.

Monsieur le Docteur GERNEZ.

Monsieur le Docteur LIAN.

Monsieur le Docteur MARTIN.

INTRODUCTION

L'expérience de la guerre a révélé une remarquable recrudescence de la maladie de Graves Basedow. Mais à côté des cas dont la riche et caractéristique symptomatologie classique imposait le diagnostic, s'étaient développées de nombreuses formes frustes, aux manifestations variées, d'une interprétation souvent fort délicate. En l'absence de goître et d'exophtalmie manifeste, la constatation d'un certain nombre de symptômes, tels que le tremblement, le changement d'humeur, l'insomnie, les sueurs, l'amaigrissement, une tachycardie permanente ou se manifestant surtout à l'occasion des efforts ou des émotions, pouvait bien orienter le diagnostic, avec quelque probabilité, dans le sens d'un syndrome basedowien, mais ne permettait guère de l'affirmer à coup sûr.

La fréquence insolite, parmi les soldats, de tachycardiques et de palpitants sans lésion apparente, commandait à cet égard une extrême prudence. En effet, de combien de pathogénies diverses pouvaient relever ces « névroses tachycardiques », ces « cœurs irritables », tous ces faits de palpitations d'allure névro-

•

pathique formant un groupe chaotique ? Aussi bien, en présence de troubles cardiaques paraissant d'origine basedowienne, était-on conduit, en raison des décisions importantes et des conséquences thérapeutiques que ce diagnostic pathogénique devait entraîner, à ne le poser qu'après un examen clinique très minutieux et très précis. C'est dans ces conditions que notre maître, M. Lian, fut amené à pratiquer la palpation soigneuse du corps thyroïde et la recherche systématique des petits signes oculaires basedowiens dans toutes les tachycardies d'apparence névropathique. Ces examens approfondis le conduisirent à découvrir un signe capable de faciliter le diagnostic de basedowisme fruste et qu'il a dénommé *le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne*.

Nous rapportons ici les trois premiers faits qui ont attiré son attention sur ce phénomène de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne.

OBSERV. I. (Ambulance 5° D. C. — 1916.)

X..., 28 ans, est hospitalisé pour palpitations et gêne respiratoire remarquées par le malade depuis plusieurs semaines. A l'entrée à l'ambulance, on constate que le pouls bat à 80 dans le decubitus mais qu'il monte à 110 dans la station debout. En outre, on note une légère saillie du corps thyroïde dans son ensemble et, *en le palpant, on provoque des petites secousses de toux. On remarque alors qu'il suffit d'un frôlement de la région antérieure du cou pour provoquer une secousse de toux*. On apprend du malade qu'il se sent gêné par le col de sa vareuse. Les fentes palpébrales sont élargies, le regard

un peu éclatant. Enfin, on constate un tremblement menu des doigts. Au cours du séjour de ce soldat à l'ambulance, pendant une dizaine de jours, ces signes s'accroissent et, en particulier, l'accélération cardiaque devient permanente, au lieu d'être seulement orthostatique comme à l'entrée. Evacuation sur l'intérieur avec le diagnostic de goitre exophtalmique fruste.

OBSERV. II. (H. C. 15, Le Havre, juillet 1918.)

For..., 26 ans. Entre à l'Hôpital parce qu'il a des palpitations, tremble dans son travail de telle sorte qu'il lui est impossible d'exercer son métier d'ajusteur dans l'usine où il est mobilisé. On relève dans ses antécédents une fièvre muqueuse à 11 ans; c'était un enfant chétif, facilement essoufflé et qui ne pouvait courir comme ses petits camarades. A 15 ans, première atteinte légère de rhumatisme, puis à 18 ans, éclate une grande crise rhumatismale qui nécessite un repos de trois mois au lit et pendant laquelle il se souvient qu'à diverses reprises, et durant plusieurs jours, il souffrit de douleurs précordiales et de palpitations. Depuis cette époque, il dut maintes fois interrompre son travail. Dès qu'il soulevait un objet un peu lourd, il était pris de tremblements, de palpitations, de dyspnée, accompagnés de phénomènes douloureux précordiaux et de céphalée. Il se plaint, en outre, de troubles gastriques : douleurs, parfois très vives, au niveau de l'épigastre, apparaissant à la fin du repas, durant deux à trois heures, à moins que ne se produisent des vomissements qui amènent la sédation.

EXAMEN. — Le malade étant couché, le cœur est très rapide, on compte 120 pulsations à la minute. Le cou apparaît un peu élargi et *on remarque au niveau de la région antérieure une sensibilité douloureuse à la palpation. La douleur provoquée est assez vive pour que le*

malade se défende et vient avec ses mains écarter le doigt qui palpe. Or, les contours de cette région douloureuse semblent répondre à la forme du corps thyroïde. L'idée vient alors à M. Lian de délimiter cette zone, plus soigneusement encore, en l'explorant avec la pointe d'une épingle, et il est surpris de constater qu'elle représente à peu près (sauf une légère encoche au niveau de l'extrémité supérieure du lobe latéral gauche) la configuration du corps thyroïde. D'autre part, le signe de de Grœfe est très net et les doigts du sujet sont le siège d'un tremblement marqué.

Examen du cœur : battement sus-sternal, mais il faut que le doigt pénètre profondément pour sentir l'aorte. Pas de souffle.

Pulsations : 120.

Pression artérielle : Mx (auscul.) $14 \frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) $9 \frac{1}{2}$ — 9.

Séro-réaction (B.-W.) : légèrement +.

Traces indosables d'albumine dans l'urine.

OBSERV. III. (H. C. A. 42, Beauvais.)

Bru..., 26 ans. Le bulletin d'entrée à l'Hôpital porte le diagnostic d' « hypertrophie cardiaque (artério-sclérose) avec nombreux phénomènes de lipothymie ».

Jusqu'en 1915, B... a toujours été bien portant (champion de courses régionales à pied et en bicyclette). En décembre 1915, il se plaint de douleurs siégeant au niveau des cuisses mais qui ne l'obligent pas à garder le lit et disparaissent en une dizaine de jours. Pour la première fois, en décembre 1916, il remarque quelques élancements douloureux dans la région précordiale et des palpitations, en même temps que réapparaissent dans les cuisses et les avant-bras les mêmes phénomènes douloureux que l'année précédente. Cela dure encore une

dizaine de jours. En février 1917, il est hospitalisé pendant un mois pour des symptômes du même ordre. Enfin, en juin 1918, il était près de Clermont (Oise), soumis à de fréquents bombardements, quand une bombe tombe à un mètre cinquante de sa tranchée, il sent alors « son cœur battre très fort ». Il est soigné à son corps pendant près de deux mois (digitaline, iodures, lait), puis devant la persistance des troubles, on l'évacue.

Actuellement, B... se plaint d'élancements précordiaux douloureux et passagers (quelques secondes), accompagnés chaque fois d'une courte sensation de gêne respiratoire. Son cœur bat vite, même au repos ; pendant les marches, les efforts, il éprouve de fortes palpitations. De temps en temps apparaît un tremblement léger. Le sommeil est agité, rempli de cauchemars et parfois la dyspnée nocturne est assez intense pour l'obliger à s'asseoir sur son lit. Son caractère est devenu irritable. Amaigrissement de 3 kilogs en un mois ; malgré cela, il se sent un peu serré par le col de sa chemise. Il sue facilement et sa vue est moins bonne qu'auparavant ; quand il fixe un objet, sa paupière supérieure gauche se met à trembler.

EXAMEN (6 août). — Le cou apparaît serré dans la chemise et un peu étalé en largeur.

La palpation de l'isthme étant très douloureuse, cela donne à M. Lian l'idée de chercher à apprécier si c'est bien le corps thyroïde qui est sensible. La pression de la pulpe du doigt permet de délimiter une zone douloureuse en forme de croissant et la piqure avec une épingle provoque une grimace très significative dès qu'elle atteint la région du corps thyroïde. Le contour ainsi tracé se superpose à quelques millimètres près, ça et là, et correspond à la forme et au siège du corps thyroïde.

Examen des yeux : les fentes palpébrales sont un peu

élargies, mais on ne constate ni exophtalmie bien nette ni aucun petit signe.

Cœur : bruits normaux. Artères souples, rien à l'aorte.

Séro-réaction (B. W.) = —.

Pulsations : 96.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 13, Mn (auscul. et oscil.) 9.

Ces observations originales, recueillies dans des circonstances différentes, dans une ambulance divisionnaire (I), au Havre (II) et à Beauvais (III), prouvent avec quelle netteté remarquable ce signe, considéré tout d'abord comme une curieuse singularité, trouvé pour ainsi dire sans avoir été recherché, s'imposa à l'attention de M. Lian. Depuis cette époque, il a été systématiquement recherché non seulement dans les goîtres avérés, mais encore dans les cas de tachycardie d'origine basedowienne possible, et de nouveaux faits sont venus confirmer sa valeur.

Au cours de l'année que nous venons de passer comme externe à la consultation de l'hôpital Tenon, l'intérêt de ce nouveau symptôme a sollicité et arrêté notre attention. C'est pourquoi nous nous proposons de montrer les avantages que l'on peut tirer de ce signe, convenablement recherché et interprété, dans la pratique médicale courante. Nous allons donc tout d'abord étudier comment on doit rechercher ce signe, puis nous envisagerons sa fréquence relative et les déductions cliniques que permet sa constatation, enfin nous essayerons de montrer sa signification pathogénique.

Auparavant, nous remplissons le plus agréable des devoirs en reconnaissant ce que ce travail doit à notre maître, M. Lian, qui nous en a fourni les éléments essentiels et qui a mis obligeamment à notre disposition de nombreuses observations dans lesquelles nous avons largement puisé. Nous l'en remercions chaleureusement ainsi que de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

CHAPITRE I

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DU SIGNE

Cette technique est très simple, cependant avant de l'exposer, nous tenons à signaler une particularité importante, sur laquelle insiste M. Lian et qui tient à ce fait que l'hyperthyroïdien est un sujet très facile à suggestionner. Or, dans la recherche d'une hyperesthésie, il est nécessaire, pour ne pas fausser l'interprétation des résultats, d'écarter tout facteur d'intervention psychique. Afin de se mettre à l'abri de toute cause d'illusion possible, il convient donc de ne pas avertir à l'avance le malade de la nature de l'exploration, que l'on devra effectuer, en quelque sorte, à son insu. Il y aurait avantage même à commencer la recherche avant d'avoir palpé la région antérieure du cou. On doit alors promener, dans le sens transversal puis longitudinal, la pointe d'une épingle sur les faces antérieure et latérales du cou, en faisant de petites piquûres, comme si l'on voulait tracer un pointillé à la surface cutanée. Pendant cette exploration, le médecin, placé en face du malade, surveille la physionomie de celui-ci et observe les moindres modifications dans l'expres-

sion de son visage. Mais, en aucun cas, au cours de ce premier examen, il ne doit poser de questions telles que celles-ci : « Souffrez-vous à ce niveau ? » — « Dites-moi si je vous fais mal à cet endroit ? ». Si le signe est positif, franchement et spontanément, le malade accuse la sensation douloureuse par une mimique des plus expressives, une grimace significative, dès que l'épingle aborde le territoire de projection cutanée du corps thyroïde. L'hyperesthésie une fois mise en évidence, il reste à en préciser méthodiquement les limites par une seconde exploration. Pour cela, on procède de la même façon que lorsqu'on veut délimiter une aire de matité par la percussion. Mais, au lieu d'avancer progressivement d'une zone sonore vers une zone moins sonore, on promène l'épingle en allant d'une région moins sensible vers une région plus sensible. Et, s'aidant au besoin de la collaboration du malade qui prévient dès que la piquûre commence à lui être très désagréable ou douloureuse, on enregistre au fur et à mesure les résultats de l'examen en marquant au crayon dermatographique un certain nombre de points. La réunion de ces points par un tracé figure le contour de la zone cutanée hyperesthésiée dont on apprécie les rapports avec le corps thyroïde.

Dans les cas les plus caractéristiques (1^{er} type), le dessin reproduit à peu près exactement la forme du corps thyroïde. D'autres fois (2^e type), la zone d'hyperesthésie consiste en une bande transversale se superposant à l'isthme thyroïdien et se continuant latérale-

ment par une sorte de renflement en bourgeon correspondant à la partie inférieure des deux lobes ou même (3^e type) se prolongeant d'un seul côté par une corne qui calque la forme d'un lobe latéral.



type I.



type II.

« Le signe, a écrit M. Lian, ne doit être considéré comme présent que s'il est constaté avec une grande netteté. Il est nécessaire de ne pas s'arrêter aux cas

douteux et de ne prendre en considération que les cas où la netteté du signe force en quelque sorte l'attention du médecin ». Par conséquent, lorsque l'aire d'hyperesthésie se superpose (type 1) à la totalité de la surface tégumentaire thyroïdienne, le signe est net et caractéristique au maximum. Cela a été le cas dans les observations II et III qui ont forcé en quelque sorte l'attention de M. Lian. De même, on peut encore considérer comme assez significatifs les cas où, comme dans les types 2 et 3, l'hyperesthésie se superpose à la plus grande partie du corps thyroïde. Mais, par contre, on ne doit tenir aucun compte des cas où l'on observe seulement de petites zones d'hyperesthésie, aux contours indécis, éparpillées çà et là : la topographie n'est pas assez indiscutable pour qu'on se croie autorisé à conclure qu'il s'agit du signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE RELATIVE DE CE SIGNE

Article I

Ce signe, ainsi qu'en témoignent les observations inédites, reproduites ci-dessous et qui sont dues à l'obligeance de M. Lian, fut trouvé avec une assez grande fréquence à l'hôpital mixte de Beauvais, en 1918, chez des soldats hospitalisés en général pour troubles cardiaques, sans lésion valvulaire, et qui, pour la plupart, arrivaient directement des premières lignes. Parmi 20 malades de ce genre (cœurs irritables), nous rapporterons 9 observations qui méritent d'être ainsi classées :

1° Deux cas (Observ. IV et V) où l'ensemble symptomatique conduisait assez naturellement au diagnostic de syndrome de Basedow, sans qu'il y ait lieu pour ainsi dire de rechercher le signe de l'hyperesthésie, mais où cependant la présence de ce signe a contribué à rendre le diagnostic tout à fait ferme.

2° Trois cas (Observ. VI, VII et VIII) dans lesquels le diagnostic de syndrome basedowien était loin de

sauter aux yeux et où la présence du signe de l'hyperesthésie a été l'un des principaux éléments conduisant au diagnostic.

3° Quatre cas (Observ. IX, X, XI et XII) où le diagnostic de syndrome de Basedow, après avoir été discuté, n'a pas été retenu. Dans les trois premiers, l'hyperesthésie n'a pas été trouvée assez caractéristique pour qu'on puisse considérer qu'il s'agisse du signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne. En effet, chez Dup... (Observ. IX), non seulement l'hyperesthésie était limitée au lobe latéral droit, mais en outre, il s'agissait d'un sujet ayant eu une blessure de la région latérale du cou et l'on était en droit de se demander si les troubles sensitifs n'étaient pas en rapport avec les cicatrices de cette blessure.

Chez Rabar... (Observ. X), malgré la grande tachycardie, l'agitation, l'insomnie, le tremblement, l'amaigrissement, le diagnostic de syndrome basedowien n'a pas été porté parce qu'il n'y avait pas d'augmentation nette du corps thyroïde et parce que l'hyperesthésie, répartie en trois zones distinctes, n'avait pas de ce fait une topographie assez caractéristique.

Chez Bouh... (Observ. XI), l'hyperesthésie n'était pas assez significative parce que limitée à l'isthme du corps thyroïde. Cependant, chez ce sujet, le corps thyroïde paraissait légèrement augmenté de volume, les fentes palpébrales étaient élargies, la tachycardie assez marquée. Néanmoins, l'ensemble symptomatique n'était pas assez caractéristique pour faire porter le diagnostic ferme de syndrome basedowien.

Enfin, chez Thél... (Observ. XII) ce diagnostic n'a pas été porté non plus, car il n'y avait qu'une augmentation très légère de volume du lobe latéral droit du corps thyroïde et, d'autre part, aucun petit signe oculaire et pas la moindre hyperesthésie de la région thyroïdienne.

A. — Syndrome de Basedow avéré avec signe de l'hyperesthésie.

OBSERV. IV. — B..., 24 ans.

On relève dans ses antécédents la fièvre typhoïde et la scarlatine à l'âge de 15 ans.

B... a toujours été un sujet faible, chez lequel un effort minime entraînait de la dyspnée et des palpitations. Appartenant à la classe 14, il ne fut incorporé qu'en janvier 1918. Employé tout d'abord comme secrétaire au dépôt de son régiment dans la zone des armées, il passe sur sa demande comme servant dans une batterie, et il arrive pour la première fois au front dans un secteur périlleux au moment de l'avance allemande au niveau du point de jonction des armées anglaises et françaises dans le Nord (fin mars 1918). C'est alors qu'apparaissent en quelques jours tous les troubles qu'il présente actuellement et qui ont nécessité son évacuation.

Il a remarqué que son cou augmentait de volume, que le col de sa vareuse le gênait et que ses yeux étaient plus grand ouverts. Même au repos, il éprouve quelques légères palpitations et de fréquents vertiges. Plusieurs fois, il lui est arrivé de tomber, mais il n'a jamais eu de perte de connaissance ni de secousses convulsives. Sa main tremble facilement en écrivant. La nuit, il ne dort

pas tant il est agité. Son caractère est devenu impressionnable, irritable.

EXAMEN. — On constate une légère augmentation du corps thyroïde. *La palpation de toute la face antérieure du cou est douloureuse, mais cela est beaucoup plus marquée au niveau du corps thyroïde. Il en est de même pour l'hyperesthésie à la piqure qui est légère sur toute l'étendue des faces antérieure et latérale du cou, mais qui devient considérable dans la région thyroïdienne. Dans cette dernière région, l'exploration provoque chez le malade une sorte de malaise, d'angoisse.*

Du côté des yeux, on note un élargissement très net des fentes palpébrales et, peut-être, de la rareté du clignement. Absence de de Grœfe et de Stellwag, mais présence du signe de Möbius. Il est très difficile d'obtenir la position extrême des globes oculaires et cette recherche provoque des nausées et des vertiges.

Tremblement marqué dans l'attitude du serment.

Pulsations : 92 debout, 72 couché.

Pression artérielle : Mx (auscul.) $13 \frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) $7 \frac{1}{2}$.

OBSERV. V. — Bla..., 41 ans.

Atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à 24 ans, qui a nécessité un repos au lit de trois mois. Depuis lors, il a éprouvé de la gêne respiratoire et des palpitations d'effort.

Il a remarqué que son cou avait un peu grossi depuis un an, en même temps son caractère changeait : gai auparavant, il est devenu taciturne. Enfin, il tremble facilement et son sommeil est agité.

EXAMEN. — Le cou paraît augmenté de volume du fait

du corps thyroïde : la palpation permet d'apprécier une légère hypertrophie de l'isthme et du lobe droit qui donnent une sensation mollassse; par contre, le lobe gauche est à peine modifié. *Le tracé de l'hypersthénie à la piqure reproduit la forme de l'isthme et du lobe latéral droit du corps thyroïde.* Il n'y a pas d'exophtalmie, mais le signe de de Græfe est très net. Dans l'attitude du serment : tremblement marqué de la main. L'auscultation du cœur ne révèle qu'un léger souffle mésosystolique dans la région aortique.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 17 $\frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) 9.

B. — Cas de diagnostic délicat, où l'existence du signe de l'hyperesthésie a joué un grand rôle dans l'interprétation.

OBSERV. VI. — Hiv..., 35 ans.

C'est un sujet vigoureux et fort qui a toujours été bien portant jusqu'à la guerre. Depuis un an, il a beaucoup maigri; il accuse de la dyspnée et des palpitations d'effort, il tremble facilement, son caractère est devenu très irritable, enfin il dort mal et souffre parfois de palpitations au cours de la nuit.

EXAMEN. — On n'observe ni augmentation de volume du corps thyroïde, ni exophtalmie, ni aucun des petits signes oculaires, *mais l'exploration à l'épingle met en évidence une hyperesthésie très nette du territoire de projection cutanée du corps thyroïde tout entier.* Léger tremblement dans l'attitude du serment. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

Pulsations : 100 couché, 108 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) $14 \frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) $8 \frac{1}{2}$.

OBSERV. VII. — Déa..., 22 ans.

Bien portant jusqu'en mars 1918. Il a commencé à se plaindre de céphalée, de fatigue au moindre effort; son caractère a changé, il est devenu taciturne, irritable. En quatre mois, il a maigri de 9 kilogs. Depuis quinze jours, il souffre presque constamment de palpitations et cela le gêne pour s'endormir.

EXAMEN. — On trouve le corps thyroïde à peine augmenté de volume, mais la palpation en est légèrement douloureuse, au niveau de l'isthme elle est particulièrement pénible. *La zone d'hyperesthésie à la piqure consiste en une bande transversale se superposant à l'isthme et se continuant latéralement par deux bourgeons qui répondent à la portion inférieure des lobes latéraux.* N^o grand ni petit signe oculaire. Pas de tremblement. Cœur normal.

Pulsations : 120 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 15, Mn (auscul. et oscil.) $8 \frac{1}{2}$.

OBSERV. VIII. — Barth..., 27 ans.

Depuis 1916, se plaint de troubles cardiaques consistant en « picotements » localisés à la région précordiale. Les efforts augmentent ces palpitations et s'accompagnent de dyspnée et de sensation vertigineuse. Tremblement inconstant. Il est évacué du front à trois reprises avec les diagnostics suivants : « douleurs précordiales et troubles cardiaques », « endocardite mitrale bien compensée », « éréthisme cardiaque ». En août 1918, il rejoint

son corps et quelques jours après, il est envoyé à l'Hôpital mixte de Beauvais.

EXAMEN. — A l'auscultation du cœur, on ne trouve aucun signe de lésion mitrale, mais on perçoit un léger souffle mésosystolique, très inconstant. On note une légère augmentation de volume de l'isthme et du lobe latéral droit du corps thyroïde. *L'exploration à l'épingle délimite une zone d'hyperesthésie en forme de bande transversale, ayant la situation et la forme de l'isthme, prolongée de chaque côté par un petit bourgeon.*

Pulsations : 96 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 13, Mn (auscul. et oscil.) 7 $\frac{1}{2}$.

C. — Cas où l'hyperesthésie était trop limitée ou absente et n'ayant pas été considérés comme basedowiens,

OBSERV. IX. — Dup..., 22 ans.

Il y a cinq mois, blessé au cou par un éclat d'obus qui a pénétré au-dessous de l'oreille droite et qui a été extrait sous la clavicule droite.

Pas d'hémoptysie. Essoufflements, palpitations, élancements douloureux dans la moitié droite du cou, caractère irritable, insomnie.

EXAMEN. — *L'hyperesthésie à la piqure a assez exactement la forme du lobe latéral droit du corps thyroïde.*

Pulsations : 90 assis.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 10, Mn (auscul. et oscil.) 5 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. X. — Rabar..., 22 ans.

Dyspnée et palpitations d'effort. Asthénie et amaigrissement. Sommeil agité : cauchemars.

EXAMEN. — L'auscultation du cœur ne décèle aucun signe de lésion valvulaire. Ni grand ni petit signe oculaire de basedowisme. Tremblement très accentué de la main dans l'attitude du serment.

L'exploration à l'épingle montre une légère hyperesthésie du bord supérieur de l'isthme, de la corne supérieure du lobe latéral gauche et de la corne inférieure du lobe latéral droit.

Pulsations : 110 couché, 140 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 17, Mn (auscul. et oscil.) 7 $\frac{1}{2}$ -8.

OBSERV. XI. — Bonh..., 21 ans.

Palpitations et dyspnée d'effort. Tremblements. Caractère irritable.

EXAMEN. — Le lobe droit et surtout l'isthme paraissent un peu augmenté de volume.

L'hyperesthésie est très nette au palper et à la piqure au niveau de l'isthme. Elargissement des fentes palpébrales. Pas de signe de Græfe.

Cœur normal.

Pulsations : 104 couché, 120 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 15, Mn (auscul. et oscil.) 8.

OBSERV. XII. — Thél..., 19 ans.

Pilote aviateur, a remarqué depuis cinq mois que son cou était un peu plus gros à droite. Tremblements, insomnies, modifications du caractère, dyspnée d'effort.

EXAMEN. — *Pas d'hyperesthésie nette* ni de signe oculaire.

Pulsations : 100 debout, 88 assis.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 13, Mn (auscul. et oscil.) 7.

ARTICLE II

Les observations suivantes rendent compte des recherches poursuivies après l'armistice à l'hôpital mixte de Chartres. On peut les classer de la façon suivante :

1° Trois cas (Observ. XIII, XIV et XV) où l'existence du signe de l'hyperesthésie a conduit à porter le diagnostic de syndrome de Basedow fruste.

2° Trois cas (Observ. XVI, XVII et XVIII) où l'hyperesthésie est trop légère ou trop limitée ou variable et ne constitue pas à proprement parler le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne.

En effet, chez Laig... (Observ. XVI), l'hyperesthésie n'apparaît que très légère; d'autre part, les autres symptômes ne sont pas non plus bien caractéristiques. Le diagnostic de syndrome de Basedow est donc tout au plus à considérer comme douteux.

Chez Lach... (Observ. XVII), le signe de de Grœfe est en faveur de l'existence d'un syndrome de Basedow. Quant à l'hyperesthésie, elle est limitée à un lobe et partant, elle n'apporte pas un appoint significatif au diagnostic.

Enfin, chez Fre... (Observ. XVIII), les troubles sensitifs ont été trop variables d'un jour à l'autre pour qu'on puisse les prendre en considération.

A. — Cas où l'existence du signe de l'hyperesthésie a conduit à porter le diagnostic de syndrome de Basedow fruste.

OBSERV. XIII. — Cour..., 22 ans.

Entre à l'Hôpital pour « tachycardie et troubles nerveux ». Dans son enfance, on relève plusieurs bronchites, des angines répétées et, à l'âge de 7 ans, on lui enlève les amygdales. En décembre 1917, il est atteint de la scarlatine (les urines n'ont pas été examinées). En avril 1918, il est versé dans le service auxiliaire pour « tachycardie et tremblements névropathiques ».

Actuellement (janvier 1919), il se plaint de dyspnée et de palpitations pour un effort minime. Même au repos, il sent souvent son cœur battre fort et cette sensation s'accompagne de gêne respiratoire et de bouffées de chaleur. Il a des tremblements qui l'empêchent d'écrire. Son sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars : parfois, il a l'impression qu'il tombe dans un précipice, cela le réveille et il est pris immédiatement de palpitations. Pas de modification du caractère.

EXAMEN. — L'auscultation du cœur révèle de rares extra-systoles. Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume, mais *l'exploration à l'épingle montre une hyperesthésie très nette au niveau de l'isthme se prolongeant par deux gros bourgeons latéraux; pendant cet examen, qui lui est très désagréable, le malade se défend avec la main.*

On note un élargissement des fentes palpébrales et une ébauche de de Græfe. Tremblement très intense dans l'attitude du serment.

Pulsations : 120 couché.

Pression artérielle : Mx (auscul.) $16 \frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) $8 \frac{1}{2}$.

OBSERV. XIV. — Vida..., pilote-aviateur.

Scarlatine à 10 ans; bien portant depuis lors.

En juillet et en août 1918, il a été descendu par balles dans son appareil et, chaque fois, son avion a capoté à l'atterrissage. A la suite de ces deux accidents, il a dû se reposer pendant quinze jours, et c'est à cette époque qu'ont débuté les palpitations et la gêne respiratoire. Il a maigri, son caractère est devenu emporté, son sommeil agité et il présente du tremblement passager.

EXAMEN. — A l'auscultation du cœur, on trouve dans la région de la pointe un souffle à peu près holosystolique mais qui disparaît quand le malade est debout. Le cou semble légèrement augmenté de volume du côté droit. *La zone d'hyperesthésie cutanée répond à la forme générale du corps thyroïde : les piqures commencent à être perçues désagréablement un peu en dehors des limites habituelles, mais elles deviennent beaucoup plus pénibles dès qu'on pénètre plus en dedans.* Aucun signe oculaire.

Pulsations : 96 couché, 84 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) $13 \frac{1}{2}$, Mn (auscul. et oscil.) 7.

OBSERV. XV. — Nouv..., 31 ans.

Blessé en septembre 1915 et prisonnier jusqu'en septembre 1918. L'orifice d'entrée du projectile est situé à deux travers de doigt en dehors du mamelon gauche et a bon travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate droite. Le malade ne ressent de la gêne respiratoire et des palpitations que dans la marche rapide et

lorsqu'il est couché. Son caractère est devenu très irritable. Il a des bouffées de chaleur et sue très facilement. Tremblements dans les mains qui l'empêchent d'écrire et dans les jambes quand il est debout. Amaigrissement.

EXAMEN. — *Le signe de l'hyperesthésie est un peu délicat à rechercher avec l'épingle à cause des réactions vives du malade, néanmoins l'épingle montre une augmentation marquée de l'hyperesthésie dans la région thyroïdienne. La palpation avec la pulpe du doigt provoque également des réactions douloureuses au niveau de l'isthme et des lobes. De plus, on remarque une réaction vaso-motrice très nette aux points piqués et une raie tracée avec l'ongle demeure très apparente au bout d'un quart d'heure. La simple inspection du cou et des yeux ne révélait rien d'anormal, mais le malade déclare que, certains jours, il sent son cou gêné dans le col de sa vareuse. On remarque que la position latérale extrême du regard provoque du nystagmus ; signes de de Grœfe et de Möbius ; ces recherches occasionnent du tremblement, de la rougeur de la face.*

A l'auscultation des poumons, on note que l'inspiration se fait en deux temps, à cause de la douleur qu'elle provoque.

Pulsations : 88 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 12, Mn (auscul. et oscil.) 6.

B. — Cas où l'hyperesthésie est trop légère ou variable et ne constitue pas à proprement parler le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne.

OBSERV. XVI. — Laig..., 23 ans.

Bien portant jusqu'à son incorporation, en janvier 1915. En juin 1915, atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui l'oblige à garder le lit pendant trois mois. Pas de localisation cardiaque. Mais depuis lors, gêne respiratoire et palpitations dans les efforts et même au repos après les repas. Tremblement passager.

EXAMEN. — A l'inspection, le cou semble un peu gros; *l'exploration à l'épingle montre une légère hyperesthésie localisée à l'isthme et au lobe gauche.* A la palpation, l'isthme paraît un peu élargi. Nystagmus dans le regard extrême.

Pulsations : 96.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 13, Mn (auscul. et oscil.) 7.

OBSERV. XVII. — Lach..., 35 ans.

Rhumatisme articulaire aigu en 1916, avec endocardite légère. Blessé en 1917. Très léger tremblement dans l'attitude du serment. Gêne respiratoire et palpitations accompagnées de malaise vertigineux à l'occasion du travail.

EXAMEN. — Rien d'anormal à l'auscultation du cœur. Au point de vue oculaire, seul le signe de de Grœfe est bien marqué. Au niveau du cou : *hyperesthésie à la*

piqûre assez bien limitée dans la région du lobe thyroïdien gauche.

Pulsations : 90 couché, 92 debout.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 17, Mn (auscul. et oscil.) 9.

OBSERV. XVIII. — Fre..., 21 ans.

C'est depuis son arrivée au front, en décembre 1916, que ses troubles ont apparu progressivement. En juin 1918, au cours d'une relève, la gêne respiratoire et les palpitations ont augmenté en même temps qu'il ressentait une violente douleur dans la région précordiale. Depuis lors, ses palpitations sont plus ou moins rapides, mais il sent son cœur battre avec une grande force et il éprouve, dans le travail, des sensations vertigineuses qui l'obligent à chercher un appui pour ne pas tomber. Tremblement passager. Caractère devenu très irritable. Hyperhidrose généralisée facile.

EXAMEN. — L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. Le cou n'est pas augmenté de volume ; *la recherche de l'hyperesthésie à la piqure, pratiquée à cinq reprises, à quelques jours d'intervalle, donne des résultats variables : tantôt on délimite une zone répondant à l'isthme, tantôt l'hyperesthésie s'étend de chaque côté jusqu'au tiers inférieur du sterno-cléido-mastoïdien.* Légère exophtalmie, nystagmus prononcé dans toutes les positions extrêmes du regard.

Pulsations : 112 couché.

Pression artérielle : Mx (auscul.) 14, Mn (auscul. et oscil.) 7.

ARTICLE III

Ce troisième et dernier groupe d'observations comprend des cas d'affection thyroïdienne recueillis à Paris depuis 1920, tant en ville qu'à l'hôpital, et que nous avons classés en quatre catégories.

A. — Goîtres exophtalmiques dont la nature s'imposait d'emblée.

Le signe de l'hyperesthésie était présent dans quatre de ces treize cas.

a) QUATRE CAS AVEC LE SIGNE DE L'HYPERESTHÉSIE DE LA RÉGION THYROÏDIENNE.

OBSERV. XIX (Lian). — M^{me} Duth..., 28 ans (octobre 1920.)

Mère de deux enfants, bien portante jusqu'en mai 1918, époque à laquelle elle fait remonter le début de sa maladie : la gêne respiratoire et la dyspnée ont les premières attiré son attention. Pas de préoccupations importantes à ce moment, mais six mois auparavant, elle avait vu sa mère dont le cou avait grossi et qui se plaignait de fortes palpitations. Augmentation considérable de l'appétit et de la soif (deux à trois litres d'eau dans la matinée). Abondantes transpirations diurnes et grande sensation de chaleur nocturne. Tremblement intense. Caractère devenu extrêmement irritable. Activité accrue dans la matinée suivie de sensation d'abattement dans l'après-midi. Deux mois après le début des accidents, les règles ont disparu pendant deux mois, puis ont réapparu, mais au cours de la même année elles ont encore

été suspendues pendant une période de quatre mois et demi, durant laquelle la malade a regagné les cinq kilos qu'elle avait perdus auparavant.

EXAMEN. — *En picotant avec une épingle la région antérieure du cou, sans interroger la malade, on se rend compte facilement qu'il existe des points beaucoup plus sensibles que d'autres, car ils provoquent des grimaces et des gestes de défense. On parvient ainsi à délimiter une zone d'hyperesthésie qui a très nettement la forme du corps thyroïde. On pourrait croire que sa limite supérieure au niveau de l'isthme remonte un peu trop haut mais on s'aperçoit par la palpation que cette limite correspond bien au bord supérieur de l'isthme du corps thyroïde. Le goitre est de consistance mollasse et occupe la totalité du corps thyroïde. Au point de vue oculaire, on ne constate qu'une ébauche de tous les signes. Les bruits du cœur sont normaux.*

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Pulsations : 144.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 17, Mn 8.

OBSERV. XX (Lian). — M^{me} Griv..., 29 ans (août 1920.)

Les troubles fonctionnels basedowiens de la malade semblent remonter à l'apparition de l'aménorrhée, survenue il y a sept ans. Depuis cette époque, l'amaigrissement n'a cessé de progresser. Elle avait même été considérée récemment comme tuberculeuse (quelques filets de sang dans les crachats, tout petits ganglions sus-claviculaires droits, diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, fièvre vespérale irrégulière), mais ni l'examen radioscopique ni l'examen des crachats, pratiqués à son entrée à l'Hôpital, n'ont pu confirmer ce diagnostic. Exophtalmie très nette que le malade a remarqué pour

la première fois, il y a un an. Céphalée occipitale et frontale, bouffées de chaleur, tremblement digital et goitre apparent dans la position de repos de la tête, mais dont la présence est masquée par les sterno-cleido-mastoïdiens quand la tête est portée en hyperextension. *La zone d'hyperesthésie à la piqure est très nettement limitée et répond à la forme du corps thyroïde qui est également douloureux à la palpation.* L'exophtalmie manifeste ne s'accompagne d'aucun petit signe oculaire.

Pulsations : 120.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx $10\frac{1}{2}$, Mn $6\frac{1}{2}$.

OBSERV. XXI (Lian). — M^{me} Ping..., 52 ans (1921).

Mère de quatre enfants, qui avait toujours été bien portante. C'est depuis la ménopause (il y a six mois) qu'elle éprouve de la dyspnée d'effort et que sont apparues des palpitations violentes qui durent une vingtaine de secondes, se répètent plusieurs fois dans la journée et même au cours de la nuit. Elle dit avoir maigri de cinq kilogs pendant les cinq derniers mois. Bien que déjà nerveuse auparavant, elle se rend compte des modifications de son caractère devenu extrêmement irritable. Fréquentes insomnies. Par moments, dit-elle, tout son corps se met à trembler.

EXAMEN. — L'inspection révèle la présence, ignorée de la malade, d'un goitre de volume moyen comprenant l'isthme et les deux lobes latéraux. Ce goitre est le siège d'un souffle continu à renforcement systolique. *Exploration au point de vue hyperesthésie : on avait dit à la malade : « Je vais vous piquer, mais cela ne vous fera pas mal » et elle n'avait pas bougé ; puis, on lui a dit : « Si je vous fais mal en vous piquant, ne craignez pas de le*

dire » ; on constate alors qu'en général dès que l'épingle arrive au territoire du corps thyroïde, la malade fait une grimace et dit : « la, la, la », et l'on parvient ainsi à délimiter une zone d'hyperesthésie maxima qui a les contours mêmes du goître. On lui demande alors : « Pourquoi ne faisiez-vous pas de grimaces auparavant ? » et elle répond : « C'est parce que vous m'aviez dit que cela ne me ferait pas mal, je n'osais rien dire et maîtrisais mes sensations ». Aucun signe oculaire, grand ou petit. Tremblement des doigts dans l'attitude du serment.

Bruits du cœur normaux.

Pulsations : 124.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 18, Mn 8.

OBSERV. XXII (Lian, Gutman et Lafaix). — M^{me} Mic...,
38 ans (1923).

Mari tué à la guerre en 1914 (émotions douloureuses et surmenage physique). Depuis deux ans, modifications du caractère devenu irritable, nervosisme, tremblement, palpitations, insomnies fréquentes, amaigrissement de cinq kilogs, troubles qui l'ont conduite à consulter un médecin en septembre 1922. Celui-ci a remarqué la présence d'une grosseur au cou, sans y attacher, d'ailleurs, autrement d'importance et lui a prescrit un traitement pour son état nerveux.

Actuellement (janvier 1923), le nervosisme a persisté ainsi que les tremblements et l'insomnie ; l'appétit est plutôt augmenté et la malade a encore faim deux heures après les repas. Sensation continuelle de chaleur.

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goître diffus, mais surtout marqué dans la région de l'isthme et du lobe droit (la largeur de l'isthme est de deux travers de

doigt). Souffle systolique dans la région thyroïdienne. *Le signe de l'hyperesthésie est très net au niveau de l'isthme* qui donne l'impression d'être plus haut qu'à l'état normal, il en est de même de la saillie du cartilage thyroïde qui se trouve presque au niveau du plan du menton. *L'hyperesthésie empiète sur les lobes en formant deux renflements latéraux en bourgeon qui dépassent peu en hauteur le bord supérieur de l'isthme, et ce dessin correspond à la configuration réelle du goitre, appréciée par la palpation.* Léger tremblement dans l'attitude du serment. Absence de signes oculaires mais légère pigmentation des paupières.

Pulsations : 120 debout, 112 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 14, Mn 8.

(La malade a été revue le 31 janvier et l'on a retrouvé le signe de l'hyperesthésie.)

b) NEUF CAS SANS LE SIGNE DE L'HYPERESTHÉSIE
DE LA RÉGION THYROÏDIENNE.

OBSERV. XXIII (Lian). — M^{me} Pesch..., 25 ans (1918).

Tuberculose pulmonaire (bacilles de Koch dans l'expectoration) en 1913. C'est en 1915 que la malade a commencé à remarquer que ses globes oculaires devenaient plus saillants et son cou plus gros. Le diagnostic de goitre exophtalmique ayant été fait, elle prend de l'hématoéthyröidine pendant un an.

EXAMEN. — L'exophtalmie a régressé (1918) en partie, ainsi que le volume du cou, mais les palpitations et l'insomnie ont persisté. On note une légère hypertrophie de l'isthme du corps thyroïde, perceptible seulement à la

palpation. *Pas d'hyperesthésie à la piqure*. Pas de petit signe oculaire basedowien. Bruits du cœur normaux.

Pulsations : 96 assise.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 14, Mn 9 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. XXIV (Lian). — M^{me} Schm..., 38 ans (1921).

L'attention de la malade a été attirée sur l'augmentation de volume de son cou deux mois après avoir eu une très violente discussion qui l'avait bouleversée (1914). Caractère irascible, palpitations et dyspnée d'effort, tremblement des mains, insomnies fréquentes, crises de diarrhée (dix selles liquides par jour), suppression des règles. Amaigrissement de dix kilogs.

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goitre moyen de l'isthme et du lobe latéral gauche, donnant à la palpation une sensation un peu élastique. *Pas d'hyperesthénie thyroïdienne*. Le signe de de Grœfe est très net.

Pulsations : 148.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 14, Mn 7.

OBSERV. XXV (Lian). — M^{me} Duv..., 31 ans (1921).

Elle rattache tous les troubles basedowiens qu'elle présente à l'émotion que lui causa la délivrance de Lille où elle résidait pendant la guerre (11 oct. 1918). Quelques jours après, elle remarqua que son cou était plus gros et ses yeux, surtout le droit, plus saillants. Nervosisme, insomnies, tremblements, palpitations. Elle est tout d'abord traitée à l'hématoéthyroïdine, sans résultat, puis elle subit cinq séances de radiothérapie et, deux mois après, son goitre et l'exophtalmie avaient beaucoup diminué, mais l'amélioration ne fut pas durable. Entre temps,

elle avait eu une angine diphtérique pendant laquelle son goitre avait grossi.

Actuellement, les troubles fonctionnels (palpitations, tremblements, agitation, irritabilité, insomnies, amaigrissement, sueurs, diarrhée) sont très prononcés.

EXAMEN. — On note un souffle continu au niveau de l'isthme et du lobe latéral droit qui sont augmentés de volume. *Pas d'hyperesthésie de la région thyroïdienne.* Signe de de Grœfe très net.

Pulsations : 132.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 11, Mn 6.

OBSERV. XXVI (Lian et Lafaix). — M^{me} Lebl..., 38 ans (1922).

Goitre exophtalmique déjà observé avant la guerre et très amélioré par l'hémato-éthyroïdine et la radiothérapie (six séances en 1920). Le caractère est redevenu ce qu'il était avant la maladie et la malade se trouve tout à fait bien.

EXAMEN. — Le cou est à peu près revenu à son volume normal, aucun signe oculaire et disparition du tremblement. *Pas d'hyperesthésie* ni de souffle thyroïdien.

Pulsations : 84 debout, 72 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 14, Mn 9.

OBSERV. XXVII (Lian). — M^{me} M... M..., 26 ans (1921).

Le début de la maladie semble remonter à 1918 (grande frayeur à l'occasion d'un accident de voiture). Vertiges, palpitations, sensations d'étouffement, bouffées de chaleur, céphalées, modifications du caractère.

EXAMEN. — Exophtalmie assez prononcée, signe de de

Grœfe très net, ébauche de Stellwag et de Möbius. Tremblement caractéristique. Le corps thyroïde est le siège d'une tuméfaction mollassée, diffuse. *Pas d'hyperesthésie*. Souffle continu au niveau du goitre. Les bruits du cœur sont normaux.

Pulsations : 112 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 13, Mn 7.

OBSERV. XXVIII (Lian et Lafaix). — M^{me} Dor..., 28 ans (1923).

Goitre exophtalmique dont le début remonte à onze mois et qui serait survenu à la suite de l'émotion causée par une grave maladie de son père et la rupture de ses fiançailles. Traitement et amélioration par l'hématoéthyroïdine et les Rayons X. En 1921, atteinte de rhumatisme articulaire aigu (deux mois couchée) et, en 1922, crise d'entérite (trois mois couchée). Enfin, actuellement, la malade se plaint de palpitations, tremblements, asthénie et ballonnement abdominal.

EXAMEN. — Le corps thyroïde n'est que légèrement augmenté de volume ; il n'a, d'ailleurs, jamais été très gros mais la malade précise qu'au moment où le goitre s'est installé, la région thyroïdienne était devenue douloureuse à la pression et à la palpation. *Absence d'hyperesthésie* et de réaction vaso-motrice thyroïdienne. L'exophtalmie est peu marquée, absence de de Grœfe, mais la malade se rappelle qu'au début de la maladie, elle ne pouvait fermer complètement les paupières.

Pulsations : 110 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 7.

OBSERV. XXIX (Lian et Lafaix). — M^{me} P... M..., 46 ans (1923).

Atteinte de rhumatisme articulaire aigu en 1913, avec quelques troubles cardiaques. Le cou a commencé à grossir en 1915; la malade se souvient d'insomnies, de palpitations, de tremblements, d'amaigrissement à cette époque. Puis l'an dernier, une nouvelle poussée thyroïdienne se produisit, l'exophtalmie apparut en même temps que les règles disparaissaient. Actuellement, les troubles fonctionnels consistent en palpitations et dyspnée d'effort, tremblement, bouffées de chaleur, diarrhée, nervosisme.

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goitre de la grosseur d'un œuf, localisé au lobe latéral gauche. *Pas d'hyperesthésie thyroïdienne.* Signe de de Græfe très net, ébauche de Möbius et élargissement des fentes palpébrales.

Pulsations : 160 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15 $\frac{1}{2}$, Mn 8 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. XXX (Lian). — M^{me} Duviv..., 31 ans (1922).

Goitre exophtalmique dont les premiers symptômes fonctionnels (palpitations, tremblements) remontent à deux mois. On ne trouve trace d'aucune émotion à l'origine de ces accidents. Le goitre s'est développé assez rapidement, semble-t-il, sans douleur au cou et il n'a pas rétrocedé malgré le traitement par les Rayons X et l'hématoéthyroïdine. Amaigrissement de 12 kilogs.

EXAMEN. — Goitre moyen avec deux petites dépressions entre l'isthme et les lobes latéraux. Thrill systolique en dedans du pôle supérieur des lobes latéraux; les jugulaires externes sont gonflées, pulsatiles et leurs batte-

ments systoliques, semble-t-il. *Absence d'hyperesthésie au palper et à la piqure.* Fentes palpébrales un peu élargies. Ni de de Grœfe ni Stellwag, mais difficulté de la convergence.

Pulsations : 104 à 112 debout, 92 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 13, Mn 7.

OBSERV. XXXI (Lian). — M^{me} Mun..., 47 ans (1922).

Goitre exophtalmique diagnostiqué il y a onze ans. Deux ans auparavant, elle avait failli être écrasée en descendant de tramway; il s'en suivit une crise très violente au cours de laquelle la malade « poussait des hurlements ». Actuellement, elle sent son cœur qui bat fort et vite, est essoufflée en montant des étages, éprouve de la faiblesse dans les jambes. Amaigrissement depuis deux mois. Depuis six mois, les règles ne durent plus que deux jours au lieu de quatre et cinq jours et elle a des bouffées de chaleur, après lesquelles son cœur « tape très fort ».

EXAMEN. — Le corps thyroïde ne paraît pas nettement augmenté de volume, sauf, peut-être, le lobe droit. Pas de souffle *ni d'hyperesthésie thyroïdienne*. Elargissement des fentes palpébrales, signe de de Grœfe discutable. Tremblement dans l'attitude du serment. Cœur irrégulier mais aucun souffle.

Pulsations : entre 200 et 180.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15 $\frac{1}{2}$, Mn 9.

B. — Goîtres dont la nature basedowienne ne s'imposait ni ne pouvait être rejetée d'emblée.

**a) UN CAS INDISCUTABLE DE SYNDROME BASEDOWIEN
AVEC LE SIGNE DE L'HYPERESTHÉSIE.**

OBSERV. XXXII (Lian). — M^{me} Jo..., 50 ans.

Février 1920. Elle se portait bien quand elle a éprouvé en juin une émotion très violente. Au mois d'octobre, elle fut prise de tremblements tels qu'elle était obligée de lâcher les objets qu'elle tenait dans les mains. Ces tremblements ont duré deux mois, puis ont cessé. A la même époque, apparition de sueurs abondantes qui surviennent par crises et qui ont persisté. Elle ressentait, en outre, avant les repas, de violentes douleurs gastriques que calmait l'absorption d'aliments. Malgré un appétit extraordinaire et une alimentation surabondante, elle maigrit de façon progressive et continue : alors qu'en octobre son poids était de 80 kil. 500, elle ne pèse plus que 64 kil. 400. En même temps, elle était devenue très nerveuse, faisant tout très vite, travaillant avec acharnement et elle avait de fréquentes crises de larmes. Son cœur battait très vite et très fort et ces palpitations, qui survenaient brusquement, sans raison, s'accompagnaient de phénomènes douloureux siégeant dans les deux épaules, surtout dans l'épaule gauche. Ses règles sont toujours régulières, mais ont diminué d'un tiers depuis juin.

EXAMEN. — On observe une augmentation marquée du volume du corps thyroïde, en particulier au niveau de l'isthme et du lobe droit. *L'hyperesthésie à la piqure est très nette sur la totalité de la zone thyroïdienne, surtout à droite où sa recherche provoque des grimaces signifi-*

catives. De plus, cette zone hyperesthésiée correspond sensiblement à la forme du corps thyroïde.

Elargissement des fentes palpébrales, ébauche du signe de de Grœfe. Pas de tremblement.

Pulsations : 90.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 7-6.

Urines : traces indosables d'albumine.

26 mars. Sous l'influence du traitement (hémato-éthyroïdine et poudre d'ovaire), le poids de la malade a augmenté de 2 kilogs en un mois, les palpitations ont diminué d'intensité et de fréquence, les sueurs ont été moins abondantes, les règles à peu près normales.

EXAMEN. — *L'hyperesthésie est encore très marquée au niveau des lobes latéraux et la malade compare les sensations qu'elle éprouve à des brûlures.*

28 mai. L'amélioration continue, si bien que la malade a cessé tout médicament pendant un mois.

EXAMEN. — *L'hyperesthésie est maintenant localisée au lobe latéral droit et la recherche du signe n'est plus pénible comme elle l'était auparavant, dit la malade.* Cependant, le corps thyroïde est encore nettement augmenté de volume.

28 septembre. L'amélioration persiste : sommeil calme, les forces sont revenues, le poids continue à monter (67 kil. 500). Toutefois, elle a eu quelques palpitations.

L'hyperesthésie a presque complètement disparu.

Pulsations : 92 couchée, 96 debout.

5 février 1921. Elle a nettement l'impression que sa

maladie est finie, tant elle se porte bien. Son poids est maintenant de 78 kil. 800, le sommeil est redevenu régulier. Elle n'a plus jamais de palpitations ni de sueurs et ses règles sont d'abondance normale.

EXAMEN. — Le corps thyroïde paraît diminué de volume, *l'hyperesthésie n'est plus que très légère et la malade constate, d'elle-même, la différence avec les précédents examens.* Disparition du léger double souffle thyroïdien perçu auparavant à l'auscultation du lobe droit du corps thyroïde.

Pulsations : 82.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 7 ½.

16 janvier 1922. Plus aucun trouble fonctionnel et disparition de toute hyperesthésie de la région thyroïdienne.

b) TROIS CAS PROBABLES DE SYNDROME BASEDOWIEN.

Chez Mme Barr... (Observ. XXXIII), les symptômes évoquent la notion de l'existence probable d'un goître exophtalmique; quant au signe de l'hyperesthésie, il n'est pas caractéristique parce que limité à l'isthme.

Dans les deux autres observations (XXXIV et XXXV), l'existence d'un syndrome de Basedow est assez vraisemblable, mais le signe de l'hyperesthésie fait défaut.

OBSERV. XXXIII (Lian et Lafaix). — M^{me} Barr..., 35 ans (1922).

Elle vient consulter pour des palpitations très pénibles qui ont débuté il y a un an, coïncidant avec une sensation

de gêne au moindre contact dans la région thyroïdienne. Les autres troubles fonctionnels se résument en dyspnée d'effort, tremblement, nervosisme, bouffées de chaleur, diminution de l'abondance des règles.

EXAMEN. — On constate que le corps thyroïde est très légèrement augmenté de volume et *à la pression très douce du doigt on note une nette augmentation de la sensibilité dans la région de l'isthme qui est précisément celle où la malade a souvent éprouvé de la gêne. Toute cette zone est également très sensible à la piqure.* Souffle systolique perçu au niveau du corps thyroïde. Légère exophtalmie, élargissement des fentes palpébrales et ébauche du signe de de Græfe.

Pulsations : 124 couchée.

Presion artérielle (Ph. sph. Liau) : Mx 15 $\frac{1}{2}$, Mn 9.

OBSERV. XXXIV (Lian). — M^{me} Mich... (1920).

Les troubles fonctionnels sont apparus il y a environ six mois (palpitations, douleur thoracique gauche, battements pulsatiles au niveau des tempes, sommeil agité, amaigrissement de 9 kilogs coïncidant avec une boulimie manifeste, diminution de l'abondance des règles). On lui a fait remarquer dans sa famille que son cou avait grossi depuis trois mois.

EXAMEN. — On constate, en effet, une très nette augmentation de volume du corps thyroïde *sans hyperesthésie cutanée régionale.* Aucun signe oculaire basedowien. Pas de souffle thyroïdien.

Pulsations : 130.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 13 $\frac{1}{2}$, Mn 8.

OBSERV. XXXV (Lian). — M^{me} Delp... (1920).

Elle fait, en octobre 1918, une grippe compliquée de broncho-pneumonie, dont la convalescence se prolonge jusqu'en janvier 1919. Elle va faire un séjour au Mont-Dore où on lui trouve une diminution du murmure vésiculaire des deux sommets. Ayant repris péniblement son travail en décembre 1919, elle a des transpirations fréquentes, des mouvements fébriles (38°,3) le soir, elle toussote et expectore des crachats blancs, parfois des filets de sang. Depuis trois mois, elle ressent des palpitations et de la gêne respiratoire, surtout au cours de la nuit. Son caractère est devenu irritable, facilement irascible. Ses règles qui duraient quatre jours ne dépassent pas un jour et demi. Amaigrissement de 3 kilogs en un mois.

EXAMEN. — On ne constate rien d'anormal à l'auscultation des poumons, mais on trouve au cou un petit goitre limité à l'isthme, dont la malade a remarqué l'apparition en janvier 1920. *Pas d'hyperesthésie cutanée thyroïdienne*. Signe de de Grœfe tout à fait net et élargissement des fentes palpébrales. Tremblement très marqué dans l'attitude du serment.

Pulsations : 92 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 14, Mn 9.

(Examen radioscopique : sommets clairs, ombres hilaires.)

c) HUIT CAS OU L'EXISTENCE D'UN SYNDROME DE BASEDOW
EST POSSIBLE, MAIS RESTE CEPENDANT INCERTAINE.

Dans les trois premières observations, le signe de l'hyperesthésie n'est pas suffisamment caractéristique

pour transformer cette possibilité en une certitude. En effet, dans l'observation XXXVI, les résultats de la recherche ont quelque peu varié; dans l'observation XXXVII, l'hyperesthésie est limitée seulement à l'isthme et, dans l'observation XXXVIII, c'est seulement la malade qui a fait part de l'existence d'une sensibilité douloureuse de la région thyroïdienne dans les jours qui ont précédé notre examen, mais celui-ci n'a pas fait constater d'hyperesthésie. Enfin, dans les cinq derniers cas, le signe de l'hyperesthésie n'intervient ni pour confirmer ni pour infirmer la possibilité de l'existence d'un syndrome basedowien.

OBSERV. XXXVI (Lian). — M^{me} Sag..., 22 ans (1920).

Elle vient consulter pour nervosisme et essoufflement au moindre effort. Réglée à 13 ans et normalement depuis. En 1918, elle a eu une forte grippe qui l'a laissée très anémiée, dit-elle, et c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début des troubles qu'elle présente actuellement (troubles oculaires : sensation de piquûre et de brûlures dans les yeux; troubles auditifs : bourdonnements d'oreille; troubles psychiques : caractère très irritable et envies fréquentes de pleurer sans raison). Les règles ne sont pas modifiées.

EXAMEN. — Légère hypertrophie du corps thyroïde, surtout appréciable au niveau de l'isthme et du lobe droit (le père et le frère de la malade ont également le cou un peu fort). *Sans l'interroger sur ses sensations, on provoque une réaction très nette quand on touche avec l'épingle le territoire cutané répondant au siège de l'isthme et du lobe latéral droit, tandis que cette explo-*

ration est négative à gauche. On lui dit alors de faire signe dès que la piqûre lui fera vraiment mal et l'on obtient des réponses toujours identiques et très précises au niveau de l'isthme, qui permettent d'en tracer exactement les bords supérieurs et inférieurs ; à droite, les réponses sont semblables neuf fois sur dix et la zone d'hyperesthésie dessinée correspond à la configuration du lobe droit. Ni exophtalmie ni petit signe oculaire.

Pulsations : 88.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 8.

OBSERV. XXXVII (Lian et Lafaix). — M^{lle} Cres..., 20 ans (1922).

Elle vient consulter pour son goitre qui s'est développé très lentement depuis deux ans. Les troubles fonctionnels sont apparus, il y a six mois environ (sensation d'étouffement, crises peu fréquentes de palpitations, tremblement des mains, anorexie, amaigrissement rapide, troubles menstruels, nervosisme).

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goitre de volume moyen et la recherche de l'hyperesthésie à la piqûre provoque au niveau de l'isthme une réaction nette (tressaillements musculaires dans les membres supérieurs). Aucun signe oculaire.

Pulsations : 80.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 12 $\frac{1}{2}$, Mn 6.

OBSERV. XXXVIII (Lian). — M^{me} Poth..., 43 ans (1920).

Ce serait immédiatement après son dernier accouchement que serait apparu un petit goitre médian, gros comme une noix (1908). Le volume de ce goitre n'avait

pas varié, les règles étaient revenues abondantes et régulières quand, le 20 décembre 1919, se produisit un retard de dix jours, coïncidant avec l'apparition d'une toux quinteuse violente avec pïcotement permanent à la gorge et douleur de la région antérieure du cou, mais sans enrouement ou expectoration. C'est vers le 14 janvier 1920 que brusquement le goitre grossit et atteint en trois jours les dimensions actuelles. Depuis lors, la malade se sent fatiguée, très triste (crises de larmes) et irritable ; elle a de fréquentes bouffées de chaleur s'accompagnant de sensation d'étouffement qui l'oblige à ouvrir sa fenêtre.

EXAMEN. — Le goitre, de consistance indurée, est constitué par deux nodules du volume d'une noisette siégeant à droite et par le lobe médian gros comme une mandarine qui empiète légèrement sur le lobe gauche. *La palpation de la région thyroïdienne très douloureuse, ces jours derniers, dit le malade, l'est un peu moins aujourd'hui.* Aucun signe oculaire.

Pulsations : 96 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 11.

OBSERV. XXXIX^o (Lian). — M^{lle} Fout..., 14 ans.

Une dizaine de jours après l'apparition de ses premières règles que le hasard fit coïncider avec une amygdaléctomie, elle fut prise, il y a deux mois environ, d'une douleur assez vive et continue dans la région antérieure du cou. Cette douleur, qui dura une semaine, ne peut être rapportée à l'opération, car la déglutition était absolument indolore. Depuis une vingtaine de jours, des crises de palpitations sont apparues, son caractère est devenu irritable, enclin à la tristesse, son sommeil est un peu agité, elle tremble en écrivant et a beaucoup maigri.

EXAMEN. — Le corps thyroïde paraît légèrement aug-

menté de volume, mais cela n'est pas indiscutable ; *on ne trouve d'hyperesthésie régionale ni à la palpation ni à la piqure*. Aucun signe oculaire.

Pulsations régulières : 136.

OBSERV. XL (Lian et Lafaix). — M^{me} Pas..., 37 ans (1923).

Elle se rappelle qu'à 17 ans elle fut prise brusquement, un soir, d'une violente douleur à la gorge et, huit jours après, son cou commençait à grossir. Ce goitre aurait subi une poussée à chacune de ses trois grossesses et l'exophtalmie serait apparue après le deuxième accouchement (1908). Les troubles fonctionnels consistent en palpitations, céphalée persistante, gastralgie et vomissements, toux quinteuse. Suppression des règles depuis un an. Amaigrissement considérable depuis trois mois.

EXAMEN. — *La recherche de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne ne fournit que des résultats trop vagues pour être retenus*. Signe de de Grœfe positif. Pas de souffle continu thyroïdien.

Pulsations : 120 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 18, Mn 9.

OBSERV. XLI (Lian et Lafaix). — M^{me} Gr..., 52 ans (1923).

Il y a trois ans qu'elle a remarqué que son cou commençait à grossir, mais c'est surtout depuis la ménopause (six mois) que le goitre s'est développé. Les troubles fonctionnels remontent à six ou sept ans : palpitations, nervosisme (peut-être même somnambulisme), caractère irritable, insomnies.

EXAMEN. — Le goitre, du volume d'une petite mandarine et de consistance indurée, siège au niveau du lobe

latéral droit et empiète légèrement sur l'isthme. *On ne constate ni hyperesthésie cutanée ni souffle thyroïdien.* Aucun signe oculaire basedowien.

Pulsations : 120 couchée.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 17, Mn 7.

OBSERV. XLII (Lian et Lafaix). — M^{me} Bl..., 51 ans (1923).

Le début du goitre remonte à douze années et a coïncidé avec l'apparition de palpitations et de dyspnée d'effort, de tremblement des mains, de céphalée, de modification du caractère, de sensation de boule dans la région thyroïdienne.

EXAMEN. — On constate dans la région antérieure du cou l'existence d'une petite masse mobile et dure, située au-dessus du corps thyroïde et sans rapport avec celui-ci; d'autre part, on trouve un petit goitre dur de l'isthme. *Pas d'hyperesthésie cutanée ni de souffle thyroïdien.* Aucun signe oculaire basedowien, mais inégalité pupillaire. Bruits du cœur normaux.

Pulsations : 108.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 19 $\frac{1}{2}$, Mn 9 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. XLIII (Lian et Lafaix). — M^{me} Ca..., 30 ans (1923).

Elle vient consulter pour des palpitations et un amaigrissement formidable (19 livres en six mois) survenus sans raison apparente. Dans sa famille, on trouvait que depuis quelques mois son caractère avait changé et que son regard avait un aspect tragique. Un médecin, il y a six semaines, avait prescrit de l'hématoéthyrôidine.

EXAMEN. — On ne retrouve aucun signe oculaire et

l'augmentation très légère et diffuse du corps thyroïde n'est pas indiscutable. *Pas d'hyperesthésie cutanée*, ni de souffle thyroïdien.

Pulsations : 92.

d) DEUX CAS DE GOÎTRE DONT LA NATURE BASEDOWIENNE
EST PEU PROBABLE.

Dans ces deux cas, l'absence du signe de l'hyperesthésie est en harmonie avec l'impression clinique se dégageant des autres symptômes.

OBSERV. XLIV (Lian). — M^{me} Delo..., 60 ans (1921).

Amaigrissement de 14 kilogs en six mois; elle se sent faible, mais a conservé un très bon appétit et une soif très vive (ni sucre ni albumine). Depuis deux à trois ans, sa respiration est courte dans la marche, mais elle ne ressent de palpitations que si elle produit un grand effort. Tremblement léger. Elle a toujours été un peu vive de caractère, mais cela ne paraît pas avoir changé. Elle a maintenant plus de bouffées de chaleur qu'à l'époque de sa ménopause, qui remonte à six ans. L'existence d'un petit goitre n'avait pas attiré son attention et c'est son médecin qui le remarqua, il y a un an.

EXAMEN. — On trouve un petit goitre siégeant au niveau de l'isthme, *sans hyperesthésie régionale*. Aucun signe oculaire basedowien. Pas de souffle à l'auscultation du goitre. A l'auscultation du cœur : ébauche de bruit de galop.

Pulsations : 96 couchée, 100 debout.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 19, Mn 10.

K = 0,075.

OBSERV. XLV (Lian). — M^{me} Bru..., 59 ans (1921).

Le goitre a débuté dans la jeunesse. Dyspnée d'effort sans palpitations depuis une quinzaine d'années. Il y a trois mois, en tombant, elle s'est fracturé le radius et, depuis cet accident, elle est très nerveuse, impressionnable (crises de larmes répétées sans raison). La nuit, elle éprouve fréquemment des sensations de constriction thoracique qui l'obligent à s'asseoir sur son lit. Eructations pénibles. Amaigrissement progressif de 17 kilos.

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goitre, peu développé à gauche, plus gros à droite (petite pomme). *Absence d'hyperesthésie thyroïdienne* et de signe oculaire basedowien. Léger tremblement de la main. Auscultation du cœur : souffle systolique, d'intensité moyenne, au timbre un peu rude, perçu au niveau de l'aorte, également à l'apex et se propageant même dans l'aisselle. Quelques extrasystoles.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 19, Mn 9.

C. — Goîtres simples, non exophtalmiques.

Dans les cinq cas de ce genre, où le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne a été recherché, il était absent.

OBSERV. XLVI (Lian). — Leto..., 27 ans (1921).

EXAMEN. — Goitre peu volumineux mais évident. Pas de souffle thyroïdien. *Absence d'hyperesthésie cutanée régionale*. Aucun signe oculaire basedowien. Le seul trouble fonctionnel est un peu de dyspnée d'effort existant depuis l'adolescence.

Pulsations : 72 couché.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15 $\frac{1}{2}$, Mn 9 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. XLVII (Lian). — M^{me} Lacr..., 69 ans.

Elle vient consulter pour des douleurs diffuses et passagères dans les membres et la région lombaire.

EXAMEN. — Elle présente un goitre intéressant le lobe latéral droit du corps thyroïde et qui date d'une douzaine d'années. Aucun trouble fonctionnel de nature basedowienne. Pas de souffle thyroïdien ni de signe oculaire.

L'exploration à l'épingle ne révèle aucune hyperesthésie dans la région du goitre. Aucun signe de spécificité. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Pulsations : 90.

OBSERV. XLVIII (Lian). — M^{lle} Lun..., 18 ans (1921).

Depuis un an que s'est développé un petit goitre, la malade est devenue un peu irascible et son sommeil est agité. Mais elle n'a jamais eu de palpitations ni aucun autre trouble fonctionnel.

EXAMEN. — Le goitre siège au niveau de l'isthme et paraît constitué par trois petits noyaux juxtaposés. *On ne constate d'hyperesthésie ni au palper ni à la piqure.* Pas de souffle thyroïdien. Aucun signe oculaire, sauf quelques petites secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes du regard. Bruits du cœur normaux.

Pulsations : 80 couchée, 84 debout.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15, Mn 9.

OBSERV. IL (Lian). — M^{lle} Guerr..., 17 ans (1921).

Début du goitre en 1917. Il ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, circulatoire, nerveux en général.

EXAMEN. — Goitre moyen diffus. *On ne constate pas d'hyperesthésie* ni de souffle thyroïdien. Les globes oculaires paraissent un peu saillants, mais la malade dit qu'ils ont toujours été ainsi. Pas de petit signe oculaire, ni de tremblement.

Pulsations : 80.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 13 $\frac{1}{2}$, Mn 7 $\frac{1}{2}$.

OBSERV. L (Lian). — M^{lle} Alba..., 36 ans (1921).

Le volume du cou a commencé d'augmenter depuis deux ans, mais cela n'a pas entraîné de troubles dans sa santé.

EXAMEN. — On constate l'existence d'un goitre assez volumineux de la totalité du corps thyroïde. *Absence d'hyperesthésie*, de signes oculaires, de tremblement, de souffles thyroïdiens.

Pulsations : 80.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 13, Mn 8.

D. — Cas où l'existence d'un syndrome basedowien est extrêmement probable ou certaine, malgré l'absence d'une augmentation nette de volume du corps thyroïde (un cas avec le signe de l'hyperesthésie).

Chez Mme Tho... (Observ. LI), les troubles fonction-

nels, la tachycardie, le signe de de Grœfe, le petit souffle continu thyroïdien auraient pu conduire au diagnostic de syndrome de Basedow, mais en l'absence d'augmentation de volume du corps thyroïde, c'est à vrai dire, la constatation de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne qui a conduit à faire rechercher minutieusement les autres symptômes basedowiens et à faire porter le diagnostic.

Chez Mme Dro... (Observ. LII), malgré l'absence d'une augmentation nette de volume du corps thyroïde et l'absence du signe de l'hyperesthésie, l'existence d'un syndrome basedowien est cependant bien vraisemblable.

Chez Schön... (Observ. LIII), en l'absence d'hyperesthésie, la présence des deux signes de de Grœfe et de Stellwag a permis de porter le diagnostic de syndrome basedowien.

OBSERV. LI (Lian). — M^{me} Tho..., 69 ans (1922).

Bien portante auparavant, c'est deux mois après la mort de son mari que sont apparus les troubles fonctionnels. Elle sent constamment son cœur battre très fort et éprouve un peu de dyspnée d'effort. Les tremblements, ininterrompus il y a quelques mois, se sont un peu atténués. Toujours altérée, elle boit plus de deux litres d'eau par jour et en quatorze mois elle a maigri de 15 kilogs.

EXAMEN. — L'auscultation du cœur révèle, à la pointe, un éclat intense du premier bruit ; on note quelques extra-systoles : trente pulsations au quart dont deux extra-systoles. *En promenant une épingle sur la région*

thyroïdienne sans prévenir la malade, on constate qu'elle fait des grimaces très significatives dès que l'épingle pénètre sur le territoire des lobes latéraux et au-dessus de la fourchette sternale. En précisant les recherches, on parvient à délimiter une zone d'hyperesthésie franche dont le contour épouse la forme du corps thyroïde. La palpation ne révèle aucune augmentation de volume du corps thyroïde, mais au niveau du pôle supérieur du lobe droit, on perçoit un souffle continu. Pas d'exophtalmie, les fentes palpébrales sont peut-être légèrement élargies. Le signe de de Græfe est très net.

Pulsations : 120.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 20, Mn 8.

(La malade a été revue, quelque temps après ; sous l'influence du traitement, les troubles fonctionnels ont disparu ainsi que l'hyperesthésie thyroïdienne).

OBSERV. LII (Lian). — M^{me} Dro..., 35 ans (1922).

Il y a quatre ans, alors que son père était très gravement malade, elle éprouva subitement des douleurs, au niveau du sein gauche et du bord interne du bras gauche, qu'elle compare à une sensation de brûlure. Ces sensations n'ont pas complètement disparu depuis lors et par moments elle ressent des élancements dans les mêmes régions. La malade croit à un certain parallélisme entre l'acuité de ces phénomènes douloureux et l'intensité de ses troubles cardiaques. Elle présente, en effet, de la dyspnée d'effort et des palpitations ; mais, même au repos, elle éprouve parfois de la gêne respiratoire et sent son cœur battre vite et fort. En même temps que ces troubles cardiaques, sont apparus des tremblements des bras et des jambes. Boulimie et amaigrissement au début

de la maladie. Elle a des idées noires et se fâche facilement; son sommeil est irrégulier et ses règles ont diminué depuis deux ans. On lui a fait sept applications de Rayons X, sans résultat thérapeutique.

EXAMEN. — L'isthme paraît légèrement augmenté de volume, *sans hyperesthésie*, et l'on entend à ce niveau un souffle systolique. Pas de signe oculaire. Tremblement très marqué des doigts. Bruits du cœur normaux.

Pulsations : 120.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 16, Mn 8.

OBSERV. LIII (Lian et Lafaix). — Schön..., 23 ans (1923).

Schön... vient consulter parce que, depuis un mois et demi, il éprouve plusieurs fois par jour, sans cause apparente, des sensations très douloureuses de pincements et de piqûres dans la région de la pointe du cœur. Ces malaises s'accompagnent de dyspnée et d'accélération du pouls, donnant l'impression que le cœur bat « à grands coups » et ils obligent le malade à s'arrêter quand ils surviennent pendant la marche.

EXAMEN. — A l'auscultation du cœur, on constate un petit souffle systolique de la pointe qui disparaît quand le malade est assis. Eréthisme cardiaque. La présence des deux signes, remarquablement nets, de de Græfe et de Stellwag attire l'attention sur le corps thyroïde qui ne paraît pas sensiblement augmenté de volume : *absence d'hyperesthésie de la région thyroïdienne*.

Pulsations : 100 couché.

Pression artérielle (Ph. sph. Lian) : Mx 15 $\frac{1}{2}$, Mn 8.

(Revu quinze jours après, le malade voit diminuer sa tachycardie et ses sensations douloureuses précordiales,

sous l'influence de l'hémato-éthyroïdine et de la radiothérapie.)

En résumé, de l'ensemble de ces recherches, se dégage clairement cette notion que le signe de l'hyperesthésie, rencontré avec une fréquence relative pendant la guerre, n'a été observé que beaucoup plus rarement depuis l'armistice. On peut se demander quelle en est la raison. Ecartons tout d'abord l'hypothèse d'une simulation du symptôme par un soldat qu'aurait initié à la technique de sa recherche un camarade antérieurement examiné. En tous cas, pareille conjecture ne paraît admissible, à la lecture des observations, que pour un tout petit nombre de cas.

D'autre part, il ne peut s'agir d'une variante dans la technique, car dès le début, M. Lian apporta une particulière attention à ne poser au sujet aucune question susceptible de le suggestionner. On est donc amené à considérer que cette plus grande fréquence du signe est en rapport avec les circonstances exceptionnelles dans lesquelles il fut rencontré. En effet, au mois d'août 1918, Beauvais se trouvait situé à l'arrière d'un front où régnait une activité formidable et les soldats évacués des premières lignes arrivaient à l'hôpital mixte dans un très court délai. Ils venaient donc d'être soumis à des chocs émotifs répétés et violents et conformément à l'opinion classique qui leur attribue un rôle manifeste dans la production des dysthyroïdies basedowiennes, il est logique de penser que des émotions très vives aient pu provoquer chez certains, exal-

ter chez d'autres des syndromes basedowiens. Sans parler des faits rapportés par M. Lian, des cas de goître exophtalmique ont été rencontrés chez des soldats par MM. Gallavardin, Laignel-Lavastine, du Roselle et Oberthür, Leniez, Bérard, Babonneix, Prosper Merklen, etc., etc. D'ailleurs, aux observations signalées dans ce travail, il y a lieu d'ajouter les faits auxquels M. Lian fait allusion dans sa récente communication sur le signe de l'hyperesthésie : il a vu pendant six mois au Havre, dans son service de chef de secteur adjoint, deux soldats atteints de goître exophtalmique avéré et quatre syndromes basedowiens nets (dont le quatrième est l'observation II mentionnée plus haut). Dans ces trois derniers cas de syndrome basedowien fruste, un appoint considérable a été apporté au diagnostic par la recherche des petits signes oculaires basedowiens, recherche que M. Lian recommande et pratique systématiquement dans toutes les tachycardies d'allure névropathique

Or, le signe de l'hyperesthésie paraissant être en rapport précisément avec un processus hyperthyroïdien à son début ou subissant une poussée soudaine, ne sommes-nous pas autorisé à voir là une explication de la fréquence relative de ce signe pendant la guerre ? Depuis l'armistice, avec l'heureux changement de circonstances, les affections basedowiennes sont devenues beaucoup plus rares chez l'homme ; il est même curieux de noter que parmi les hommes examinés à la consultation de l'hôpital Tenon, depuis trois ans, le diagnostic de goître exophtalmique n'a été porté

qu'une seule fois et encore, tout récemment, chez un étudiant que nous avons examiné avec M. Lian. Enfin, l'on doit tenir compte de ce fait que la pratique médicale militaire, bien mieux que celle du temps de paix, permettait d'observer des formes légères et initiales de basedowisme chez l'homme.

CHAPITRE III

VALEUR SÉMIOLOGIQUE

L'existence même de ce signe ne saurait être contestée; les observations que nous avons rapportées n'en fournissent-elles pas la preuve indiscutable? Elles montrent, en effet, que ce signe, sans avoir été recherché tout d'abord, s'est imposé de lui-même à l'attention de M. Lian (Observ. I, II et III). Puis, en exposant la technique de sa recherche, nous avons indiqué les précautions prises pour éviter toute intervention psychique, tout phénomène de suggestion. D'ailleurs, l'hyperesthésie a été trouvée maintes fois chez des sujets qui n'avaient aucun motif d'attribuer à une hypertrophie thyroïdienne, trop légère pour attirer leur attention, les troubles fonctionnels variés qui les amenaient à consulter pour la première fois. L'observation LI constitue même un exemple d'hyperesthésie thyroïdienne manifeste sans la moindre augmentation de volume du corps thyroïde chez une basedowienne. Chez la malade de l'observation XXXII qui fut long-

temps observée (deux ans et demi), il est intéressant de constater que l'hyperesthésie d'abord très intense s'était progressivement atténuée, pour disparaître finalement, suivant une évolution parallèle aux autres signes d'un syndrome basedowien évident. Enfin, les caractères topographiques exigés de ce signe pour qu'il soit permis d'en tirer des déductions utiles au diagnostic sont tels qu'il ne peut être considéré comme un phénomène banal d'hyperesthésie d'ordre névropathique. M. Lian « n'envisage, en effet, sous le nom de signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne que les cas où la zone hyperesthésiée se superpose nettement à la fois par sa forme et son siège à la région thyroïdienne ».

Dès lors, n'est-il pas logique de conclure à une atteinte morbide de la glande thyroïde sous-jacente quand une zone d'hyperesthésie franche, remplissant les conditions de situation et de forme précisées plus haut, a été mise en évidence par une technique rigoureuse ?

Dans toutes les observations réunies dans notre thèse, on constate que le signe de l'hyperesthésie a été rencontré chez des malades atteints d'un goître exophtalmique avéré ou fruste. D'autre part, on note que dans les cinq cas de goître simple, nullement exophtalmique, ce signe, recherché, était absent. Malgré cet ensemble de faits concordants, nous dirons avec M. Lian que le signe de l'hyperesthésie est essentiellement symptomatique de l'existence d'une affec-

tion thyroïdienne à peu près toujours basedowienne, mais pouvant toutefois n'être pas un goître exophtalmique. Cette réserve était dictée seulement par une notion de prudence; l'on pouvait, en effet, considérer comme possible l'existence d'une zone d'hyperesthésie de la région thyroïdienne dans un cas de thyroïdite infectieuse, par exemple; mais, pareil cas n'avait pas encore été signalé, quand, tout récemment, M Lian a eu l'occasion d'observer le fait suivant chez un jeune homme porteur d'une endocardite maligne à évolution lente : ce sujet avait présenté, à maintes reprises, des accidents très douloureux, à apparition brutale, de siège très variable, qui ont paru pouvoir être interprétés comme étant la conséquence d'embolies. Or, il y a quelques jours, ce malade a éprouvé tout d'un coup une douleur très violente dans la région antérieure du cou, et, ce jour-là ainsi que les jours suivants, le doigt et l'épingle délimitaient une zone douloureuse correspondant nettement à l'isthme thyroïdien et empiétant un peu sur le lobe latéral droit. Aucun signe basedowien n'accompagnait cet accident; il est vraisemblable qu'il s'est agi d'une embolie ou, à la rigueur, d'une thyroïdite infectieuse. D'autre part, MM. Vincent et E. Sergent ont observé, parfois, dans le rhumatisme articulaire aigu franc, de la douleur provoquée par la pression de la glande thyroïde.

La présence de ce signe signifie donc : affection thyroïdienne, mais commande un examen clinique complet du malade pour arriver à préciser le diagnostic. On n'est autorisé à affirmer l'existence d'une

atteinte basedowienne que si l'ensemble des troubles circulatoires, nerveux et généraux concorde avec cette hypothèse.

Ainsi compris, ce signe mérite de prendre rang dans la série des symptômes qui aident au diagnostic souvent si délicat des formes frustes du basedowisme. Sans doute, ne le rencontrera-t-on pas très fréquemment, mais, à part la tachycardie, existe-t-il un seul symptôme constant de la dysthyroïdie basedowienne ? Même les méthodes de laboratoire (formule hémoleucocytaire, test hypophysaire, épreuve de l'adrénaline, mesure de la glycémie et de la tolérance pour les sucres) n'apportent pas de conclusion à l'abri de toute critique. Enfin, l'épreuve du métabolisme basal, malgré son grand intérêt, n'a pas toujours une valeur absolument décisive et ne peut résoudre toutes les difficultés. A ce sujet, M. Lian écrivait : « Les chiffres de laboratoire comme les données cliniques forment une gamme descendante depuis les faits grossiers, schématiques, jusqu'aux cas frustes et même non identifiables, en passant par des cas moyens et légers ». Et M. Marañon, plus récemment encore : « Notre expérience déjà assez grande sur ce procédé de diagnostic, nous a enseigné que, dans un certain groupe de cas douteux, le métabolisme basal donne aussi des chiffres douteux, intermédiaires entre la normale et la franche accélération métabolique... de telle manière que l'incertitude du diagnostic persiste ». En présence de ces difficultés, le signe de l'hyperesthésie, qui a l'avantage, appréciable dans la pratique

sémiologique courante, d'être d'une recherche simple et facile, pourra quelquefois, devançant l'apparition des signes physiques nets, permettre l'identification des syndromes basedowiens frustes et la mise en œuvre précoce d'une thérapeutique appropriée.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Le mécanisme de production intime du signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne est sans doute bien difficile à expliquer tant les relations sont encore mal déterminées entre certaines affections viscérales et les troubles de la sensibilité superficielle qui les accompagnent. Cependant, il paraît légitime d'interpréter ce phénomène comme un cas particulier des nombreux faits étudiés par James Mackenzie, où un processus morbide viscéral détermine des troubles de la sensibilité cutanée par une excitation réflexe viscéro-sensitive. « Si une perturbation viscérale, dit-il, donne naissance à une excitation exagérée des nerfs qui vont du viscère à la moelle, cette excitation exagérée affecte les centres voisins et excite ainsi les nerfs sensibles, moteurs et autres qui partent de cette moelle. Or les nerfs sympathiques destinés aux viscères sortent de la moelle en même temps que les nerfs cérébro-spinaux et atteignent le viscère au même niveau, de sorte que l'innervation des viscères et celle de l'enveloppe externe du corps proviennent de la même région

de la moelle ». Ainsi explique-t-il les aires d'hyperesthésie observées dans l'appendicite, la colique néphrétique, l'angine de poitrine, etc., etc. Dans le cas particulier qui nous intéresse, quelle peut être la cause de l'excitation sympathique qui provoquerait par voie réflexe l'hyperesthésie de la région thyroïdienne ? Deux hypothèses sont à envisager : d'une part, la distension de la capsule, d'autre part, l'imprégnation toxique des filets sympathiques du corps thyroïde lui-même. La distension de la capsule est, en effet, susceptible d'irriter les dernières ramifications sympathiques. De ce mécanisme pourraient relever également les phénomènes douloureux spontanés accusés par quelques malades au début d'une poussée basedowienne. Les observations XXVIII, XXXIII, XXXVIII, XXXIX et XL en fournissent des exemples; MM. Sattler et Tilmant ont signalé des faits analogues. Puis, la résistance capsulaire étant définitivement vaincue, avec la cause d'irritation disparaîtrait l'hyperesthésie, ce qui cadre bien avec la notion classique de l'indolence des goîtres volumineux et avec le fait que le signe de l'hyperesthésie a surtout des chances d'être rencontré au début d'un goître exophtalmique ou à l'occasion d'une poussée aiguë basedowienne.

Mais il est possible qu'il s'agisse simplement d'une imprégnation toxique des ramifications sympathiques intra-thyroïdiennes due à des troubles de la sécrétion glandulaire; on pourrait également, dans cette hypothèse, s'expliquer assez facilement que le réflexe viscéro-sensitif bien marqué dans les stades initiaux ou

lors des périodes d'exacerbation d'un goître exophtalmique finisse par s'émousser et n'intervienne plus dans les goîtres exophtalmiques anciens.

Il est naturel de supposer que le signe de la tache rouge thyroïdienne, décrit par M. Marañon, relève d'un mécanisme analogue, mais au lieu d'un réflexe viscéro-sensitif, c'est un réflexe viscéro-vaso-moteur qu'il conviendrait d'incriminer.

CONCLUSIONS

I. — Pour la recherche du signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne, le médecin ne doit pas interroger le malade mais noter simplement les tres-saillements de son visage au moment où l'épingle arrive dans la zone hyperesthésiée.

II. — On ne doit considérer ce signe comme présent que s'il est trouvé avec une grande netteté, c'est-à-dire, s'il se superpose assez exactement à la totalité de la région thyroïdienne, ou au moins à la fois à l'isthme et à l'un des deux lobes latéraux.

III. — Actuellement, ce signe n'est pas fréquemment trouvé; il l'a été plus souvent au cours de la guerre.

IV. — Ce signe, lorsqu'il a été recherché et trouvé dans les conditions précitées, indique l'existence d'une affection thyroïdienne. Dès lors, chez un sujet présentant les troubles circulatoires, nerveux et généraux du goître exophtalmique, la constatation de ce signe, révélant l'existence d'une atteinte morbide du corps thyroïde, autorise à porter le diagnostic de syndrome de

Basedow. Ainsi ce symptôme peut rendre des services dans le diagnostic si difficile des formes frustes du goître exophtalmique.

V. — Il est séduisant de considérer ce symptôme comme un cas particulier des phénomènes réflexes viscéro-sensitifs bien étudiés par J. Mackenzie.

VU: Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
SERGENT.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

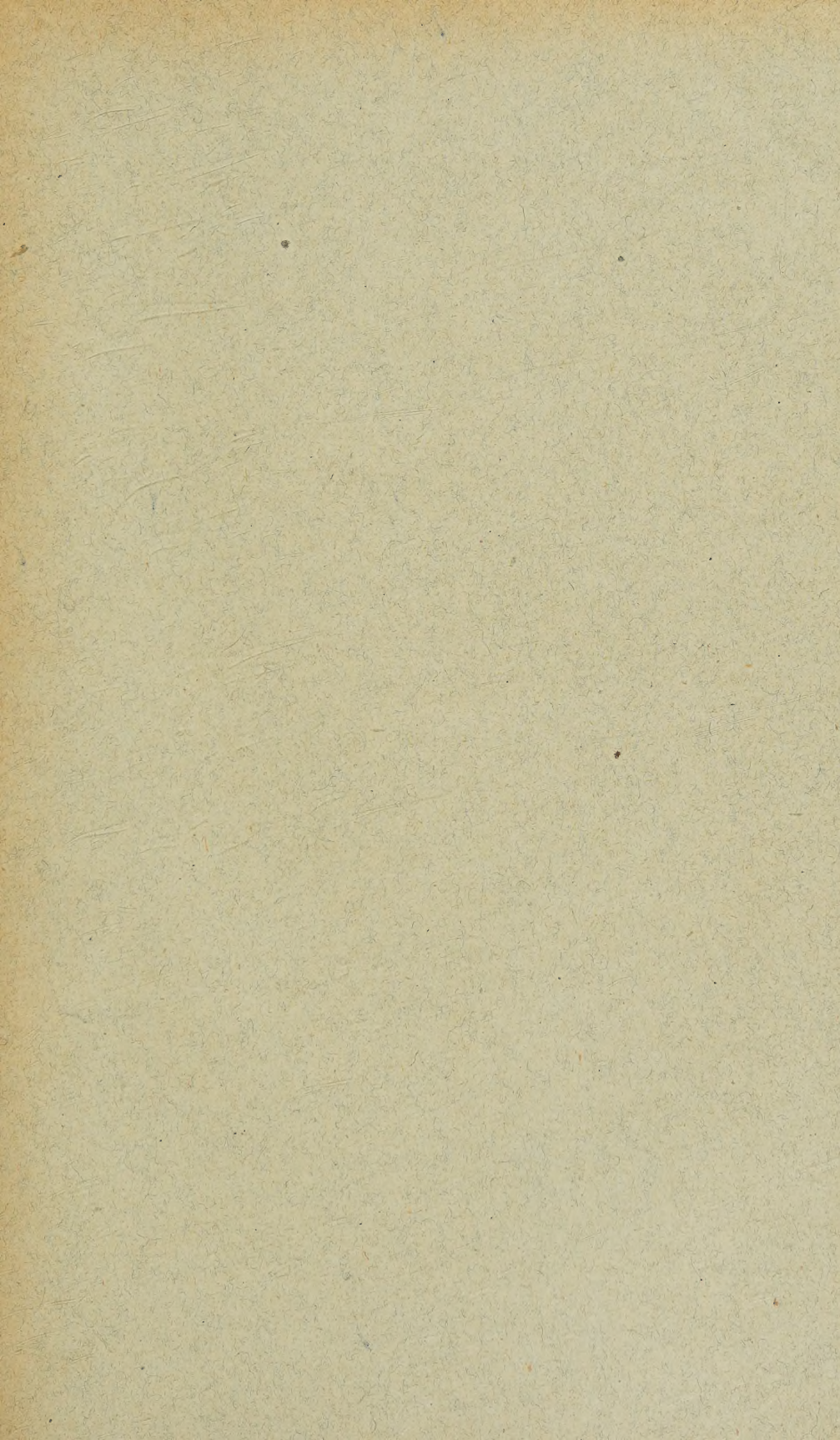
- BABONNEIX. — *Soc. Méd. hôp.*, 1^{er} juin 1917.
BÉRARD. — *Acad. Méd.*, 28 nov. 1916.
DEBOVE. — *Journ. des Praticiens*, 11 mai 1912.
DU ROSELLE et OBERTHÜR. — *Soc. Neurol.*, 7 avril 1916
(Voir *Rev. Neurol.*, n^{os} 4, 5).
GALLAVARDIN. — *Arch. mal. cœur*, février 1916.
LAIGNEL-LAVASTINE. — *Revue Neurol.*, n^{os} 23, 24, 1915.
LENIEZ. — *Progrès Méd.*, 20 nov. 1916.
LIAN. — *Réun. Méd.*, IV^e armée, 30 juin 1916 (Voir *Presse Méd.*, 7 août 1916).
— *Soc. Méd. hôp.*, 13 oct. 1916.
— *Journ. Méd. Franç.*, mai 1918.
— *Réun. Méd. Chirurg.*, Beauvais, 22 août 1918.
— *Soc. Méd. hôp.*, 15 nov. 1918.
— *Presse Méd.*, 26 déc. 1918.
LIAN et PÉRISSON. — *Journ. Méd. Franç.*, juin 1921.
LIAN. — *Soc. Méd. hôp.*, 15 déc. 1922.
J. MACKENZIE. — *Les symptômes et leur interprétation*.
MARANON. — *Soc. Méd. hôp.*, 7 déc. 1922.
FR. MERKLEN. — *Soc. Méd. hôp.*, 20 juillet 1916.
SATTLER. — *Die Basedowische Krankheit*, Leipzig 1909.
SERGENT (E.). — *Société anatomique*, 1894.
TILMANT. — *Presse Méd.*, 27 mars 1919.
VINCENT. — *Soc. Méd. hôp.*, 8 juin 1906.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Technique de la recherche du signe.....	16
CHAPITRE II. — Fréquence relative de ce signe.....	20
CHAPITRE III. — Valeur sémiologique.....	64
CHAPITRE IV. — Considérations pathogéniques.....	69
CONCLUSIONS	72

LIBRARY OF THE
BIBLIOTHEQUE NATIONALE
PARIS

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris



100